ITEM 127 : HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

<table>
<tr><td rowspan="3">GÉNÉRALITÉS</td><td colspan="4">- Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) = hyperplasie bénigne de la prostate = hyperplasie glandulaire et stromale au sein de la zone de transition de la prostate, le plus souvent associée à une inflammation chronique.
- Maladie, très fréquente, latente et asymptomatique : la majorité des H > 50 ans ont une HBP histologique sans aucune répercussion fonctionnelle.
- Bénigne : pas de lien entre HBP et cancer de prostate.
- Parfois symptomatique : 30 % des H > 65 ans ont des SBAU liés à une HBP.
- Liée au vieillissement.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Histologie et physiopathologie</td><td colspan="2">- Adénomyofibrome = hyperplasie des glandes prostatiques, des cellules musculaires lisses et des fibroblastes présents dans le stroma.
- HBP forme des nodules au sein de la zone de transition de la prostate (zone qui entoure le col vésicale et l'urètre sous vésical) → nodules qui entrainent une augmentation du volume global de la prostate.
- Pas de parallélisme anatomoclinique avec les signes obstructifs : les symptômes urinaires et le retentissement de HBP ne sont pas proportionnels au volume de l'adénome de prostate.
- Obstruction par les lobes latéraux qui compriment l'urètre prostatique ou par protrusion intra vésicale du lobe médian qui se comporte comme un clapet.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Facteurs de risque de progression</td><td colspan="2">- HBP stable ou évolution progressive ou brutale vers une aggravation des symptômes/ complications.
- Âge > 60 ans.
- PSA > 1,6 ng/mL.
- Volume prostatique > 31 mL.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">DG</td><td rowspan="4">C</td><td rowspan="4">Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU)</td><td colspan="2">L'HBP peut donner un tableau obstructif et irritatif :
. Obstructif par obstruction.
. Irritatif par protrusion du lobe médian en intravésical, inflammation chronique prostatique, sur la vessie de lutte.
. Évaluation systématique de la miction par catalogue mictionnel.</td></tr>
<tr><td>Phase de remplissage</td><td>= Pollakiurie diurne et nocturne, urgenturie, nycturie, incontinence urinaire.
DD : Tumeur de vessie, Vessie neurologique centrale, Prostatite, Calcul ou CE de vessie :
• Nycturie prédominante : calendrier mictionnel ++.
• Polyurie nocturne :
○ Diurétiques.
○ Inversion physiologique du rythme nycthéméral.
○ Syndrome d'apnée du sommeil.
○ Syndrome œdémateux.
• Polyurie permanente : diabète insipide/sucré/potomanie.</td></tr>
<tr><td>Phase mictionnelle</td><td>= Retard à l'initiation de la miction, dysurie, jet faible, interruption de miction, jet haché, miction par poussée abdominale (signes les plus spécifiques de l'HBP).</td></tr>
<tr><td>Phase post-mictionnelle</td><td>= Gouttes retardataires, sensation de vidange vésicale incomplète.
DD : . Sténose de l'urètre (infectieuse, traumatique, iatrogène).
. Maladie du col vésicale.
. Hypotonie détrusorienne : Évoquer si Âge > 80 ans ou RPM important +++.</td></tr>
</table>

			- Score IPSS (rechercher des diagnostics différentiels ou associés/évaluer sévérité des symptômes) en 7 questions concernant le retentissement fonctionnel de l'HBP : . « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ? » . « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 h après avoir fini d'uriner ? » . « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine c'est-à-dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ? » . « Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ? » . « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ? » . « Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ? » . « Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ? » - *Résultats :* . **Symptômes légers si score de 1-7.** . **Modérés entre 8 et 18.** . **Sévères entre 19 et 35.** - **1 question sur gêne globale provoquée par les SBAU : notée de 0 à 6.** - Association fréquente à une **dysfonction sexuelle → évaluation recommandée à l'interrogatoire.** - Pas de parallélisme entre le volume d'une HBP et la gravité des SBAU. - On parle d'HBP clinique chez les hommes ayant des SBAU gênants et chez lesquels il existe des arguments cliniques et paracliniques permettant de les relier à une HBP.
		Toucher rectal (TR)	= Réalisé vessie vide pour apprécier le volume réel de la prostate. - Prostate augmentée de volume (**> 20 g**)**,** souple, indolore, lisse, régulière. - Disparition du sillon médian + évasement des bords latéraux. **NB** : un TR en faveur d'un cancer de la prostate n'élimine pas l'implication de l'HBP dans les SBAU, très longtemps asymptomatique du fait de l'atteinte périphérique de la prostate en premier = indication à réaliser des biopsies prostatiques avec examen anatomopathologique quel que soit le taux de PSA.
	DD		- *Prédominance de nycturie ou isolée* : polyurie nocturne, polyurie des 24 h (diabète, potomanie), troubles du sommeil → calendrier mictionnel sur 3 jours. - *Prédominance de symptômes de la phase de remplissage :* tumeur de vessie, vessie neurologique centrale, prostatite, calcul ou corps étranger de vessie = autres étiologies du syndrome d'hyperactivité vésicale. - *Prédominance de symptômes de la phase mictionnelle ou post-mictionnelle* : sténose de l'urètre, maladie du col vésical, hypotonie détrusorienne.
	Bio		Examens nécessaires ou optionnels variables selon bilan en médecine générale ou chez l'urologue. - **ECBU** : élimine une infection urinaire. - **Taux de PSA total** : . Dépistage d'un cancer de la prostate associé : biopsies prostatiques si PSA > 4 ng/mL. . Faux positif : HBP (augmentation du PSA d'environ 0,1 ng/ml par gramme d'HBP, prostatite, âge, ethnie, biopsie, éjaculation ou TR avant prélèvement. - **Dosage de la créatinine** : dépistage d'une IRC, si ∅ retentissement vésical alors risque IRC = 0.
	PC	**Débitmétrie**	= Objective et quantifie la dysurie : volume uriné, débit maximal et moyen, temps mictionnel. - Obstruction liée à l'HBP : courbe aplatie, polyphasique, débit maximal < 15 mL/s. → Nécessite un **volume uriné > 150 ml** pour être interprétable. La débitmétrie normale présente une courbe en cloche avec un débit max de 20 à 30 ml/s.
		Échographie réno-vésico-prostatique	- **Échographie rénale** : recherche de dilatation des cavités pyélocalicielles, amincissement du parenchyme rénale, dédifférenciation cortico-médullaire. - **Échographie vésicale** : recherche d'hypertrophie détrusorienne, diverticules vésicaux, lithiase vésicale, résidu post-mictionnel significatif. - **Échographie prostatique par voie sus-pubienne** si indication opératoire : volume prostatique (0,5 x longueur x largeur x épaisseur), lobe médian.
		2nd intention	- **Fibroscopie vésicale** si antécédent d'hématurie : éliminer une tumeur vésicale. - **Bilan urodynamique** si doute diagnostique.

CPC

Examens recommandés (R), non recommandés (NR) et optionnels (O) dans le bilan de SBAU liés à une HBP

	Bilan chez le médecin généraliste		Bilan chez l'urologue		
	Initial	Avant TTT médical	Initial	Avant TTT médical	Avant TTT chirurgical
Recueil des facteurs de risque	O (selon ancienneté)		R	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
Interrogatoire dirigé sur SBAU et sexualité	R		R	R	
Examen physique	R		R	R	R
Catalogue mictionnel	O		O	O	O
BU ou ECBU	R	O (selon ancienneté)	R	O (selon ancienneté)	R (ECBU requis)
PSA	O		O	O	O
Créatininémie	O (si anomalie morphologique)	O (selon ancienneté)	O (si anomalie morphologique)	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
Débitmétrie	NR	NR	R	R	R
Échographie urinaire	R	O (selon ancienneté)	R	O (selon ancienneté)	O (selon ancienneté)
Mesure du résidu post-mictionnel	R	O (selon ancienneté)	R	R	R
Échographie endorectale	NR	NR	NR		O (si mesure précise du volume prostatique requise)
IRM prostatique, uro-TDM	NR	NR	NR	NR	NR
Urétrocystoscopie	NR	NR	O	O	O (si indication)
Bilan urodynamique avec mesure pression-débit	NR	NR	O	O	O

Aiguë

Rétention aiguë d'urine	- Globe vésical aigu, douloureux avec envie impérieuse d'uriner, voussure sus-pubienne avec matité à la percussion. - **Risque d'insuffisance rénale aiguë obstructive.** - Survenue spontanée ou lors d'un évènement intercurrent (IU, fécalome, iatrogène…)
Infection urogénitale	- **Prostatite.** - **Orchi-épididymite.**
Hématurie	= Par rupture de varices prostatiques : macroscopique, initiale. ➝ Nécessite d'éliminer une autre cause d'hématurie.
Insuffisance rénale aiguë obstructive	Rare car la douleur vésicale de RAU conduit généralement à une consultation en urgence.

Chronique

Vessie de lutte	- **Hypertrophie détrusorienne.** - Apparition de **trabéculations** et de **diverticules** vésicaux. - Jusqu'à la **rétention chronique** avec **miction par regorgement.** - **Stade ultime :** vessie distendue, amincie, multi-diverticulaire et non fonctionnelle.
Lithiase vésicale de stase	- Images calciques intra-vésicales (ASP, écho), témoin d'une mauvaise vidange. - Risque d'épisodes d'hématurie ou d'infections urinaires à répétition. - Augmentation des SBAU.
Rétention vésicale chronique	- Globe vésical chronique, souvent indolore sans besoin d'uriner. - Mictions ou incontinence urinaire par regorgement. - Évolution possible vers IRC obstructive. - Risque d'hématurie a vaccuo si drainage : vidage progressif et clampage de la sonde.
Insuffisance rénale chronique obstructive	= **Urétéro-hydronéphrose** : - Dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles chronique et indolore. - Amincissement du parenchyme rénal. - Insuffisance rénale chronique (récupération de la fonction rénale après drainage non systématique).
Hernie de l'aine	- Liée à des efforts de poussées chroniques, tardif.

➝ Aucune transformation en cancer, mais apparition sur le même terrain : dépistage systématique (association épidémiologique).

<table>
<tr><td rowspan="10">TTT</td><td>Abstention/ surveillance</td><td colspan="2">- Indication : HBP non compliquée et SBAU minimes/modérés sans altération de la qualité de vie (IPSS < 9).
- RHD : diminuer les apports hydriques > 18 h, diminuer la consommation de caféine et d'alcool, traitement d'une constipation associée, arrêt des médicaments favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques…), traitement de la constipation…</td></tr>
<tr><td rowspan="9">TTT médical</td><td colspan="2">- Indication : HBP non compliquée et SBAU modéré/sévère avec altération de la qualité de vie (IPSS > 9).</td></tr>
<tr><td>α-bloquant</td><td>- Molécule : alfuzosine, doxazosine, silodosine, tamsulosine, térazosine.
- Indication : SBAU gênants.
- Mécanisme d'action : amélioration du débit urinaire par relaxation des CML de la prostate et du col vésical.
- Ne modifie pas l'évolution naturelle de HBP ni la survenue de rétention aiguë.
- Efficacité rapide (qq heures) et stable pendant plusieurs années.
- Pas de recommandation pour choisir une molécule plutôt qu'une autre.
- ↑ chances de sevrage sondage après RAU.
- EI :
. Hypotension orthostatique (+++ avec alfuzosine/doxazosine, sujet âgé, ttt hypotenseur associé).
. Dysfonction éjaculatoire : hypospermie voire anéjaculation (+++ si silodosine), éjaculation rétrograde.
. Céphalées, vertiges, troubles de l'accommodation (sd de l'iris flasque lors d'une chirurgie oculaire).
- CI relative : sujet âgé, coronarien, traitement antihypertenseur associé.</td></tr>
<tr><td>Inhibiteurs de la 5α-réductase (I5AR)</td><td>- Molécule : finastéride, dutastéride.
- Indication : SBAU gênants et prostate > 40 mL.
- Mécanisme d'action : inhibe la conversion de testostérone et dihydrotestostérone → ↘ le volume prostatique d'environ 20 %.
- Efficacité en plusieurs mois (au moins 6 semaines).
- Seule classe thérapeutique à diminuer le risque de RAU.
- Diminue le risque de cancer de prostate si administré à long terme, mais est associé à une histologie de haut grade → surveillance PSA annuelle.
- EI :
. Divise par 2 le taux de PSA : x 2 pour dépistage.
. Troubles de l'érection et de l'éjaculation, baisse de libido, gynécomastie.
. Doute sur un risque de survenue de cancer de le prostate si prise au long cours : réaliser un PSA annuel/HAS : à utiliser en 2de intention si échec phytothérapie ou α-bloquant.</td></tr>
<tr><td>α-bloquant et I5AR</td><td>- Molécule : en prise séparée : tamsulosine + dutastéride.
- Indication : SBAU gênants et prostate > 40 mL/en 2de intention si échec monothérapie.
- ES se cumulent.
- Efficacité supérieure à chacune des deux classes pharmacologiques seules.</td></tr>
<tr><td>Anticholi-nergiques</td><td>- Indication : en 2de intention si SBAU de la phase de remplissage persistant sous α-bloquants/en association avec l'α-bloquant.
- Surveiller débit urinaire et résidu post-mictionnel au début du traitement.
- CI : résidu post-mictionnel > 150 mL/ATCD de GAFA non traité (pour les antimuscariniques).
- ES : rétention d'urine/syndrome sec (bouche et yeux)/constipation.
- Mirabegron® : β3 adrénergique disponible depuis 2016, non remboursé, même efficacité que les antimuscariniques, mais meilleure tolérance.</td></tr>
<tr><td>IPDE5</td><td>- Molécule : tadalafil 5 mg en continu, non remboursé.
- Indication : SBAU + dysfonction érectile.
- CI : prise de dérivés nitrés (hypotension, collapsus), cardiopathie sévère non stabilisée.</td></tr>
<tr><td>Phyto-thérapie</td><td>- Molécules : Serenoa repens, Pygeum africanum.
- Efficacité non démontrée.
- Avantages : bonne tolérance (en particulier peu d'ES sexuels).
- Niveau de recommandations inférieur aux autres classes pharmacologiques.</td></tr>
<tr><td>TTT chirurgical curatif</td><td>Indication</td><td>- HBP compliquée : RAU (après échec de sevrage de SAD), IRC, calcul, diverticule, hématurie, infection récidivante, incontinence…
- SBAU résistant au traitement médical.
Ne sont pas des indications : 1er épisode :. RAU avec sonde sevrée.
. Hématurie.
. Infection en lien avec HBP.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6"></td><td rowspan="5"></td><td>Méthode</td><td colspan="3">- Traitement ablatifs traditionnels :
. Résection trans-urétrale de prostate (RTUP) endoscopique.
. Adénectomie par voie haute laparoscopique (plutôt si > 60-80 ml).
- Traitements ablatifs modernes (↘ risque hémorragique, efficacité non inférieure) :
. RTUP bipolaire.
. Vaporisation endoscopique de la prostate au laser.
. Énucléation endoscopique de la prostate au laser.
- Traitements non ablatifs : morbidité plus faible, mais CI si présence d’un lobe médian
. Incision cervicoprostatique (incision du col) volume < 30 ml), moindre risque d’anéjaculation (bien chez patient jeune ++).
. Pose d’implants UroLift® (volume < 30 ml).
. Traitement à la vapeur d’eau.
. Embolisation des artères prostatiques.</td></tr>
<tr><td>Conditions</td><td colspan="3">- Après contrôle de l’ECBU (stérile) ou traité en péri-opératoire.
- Examen histologique systématique de l’adénome prostatique.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Complication</td><td colspan="3">- Anéjaculation.
- Éjaculation rétrograde (risque principal) : AVH > RTUP > ICP (patient jeune).
- Hématurie, rétention aiguë d’urine, infection, sténose du col vésical ou de l’urètre, saignement per-opératoire.
➝ Risque faible de dysfonction érectile ou d’incontinence urinaire (à la différence du traitement du cancer prostatique).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TURP syndrome</td><td colspan="2">= Syndrome de réabsorption du liquide d’irrigation : passage systémique important de liquide d’irrigation (glycocolle) lors des RTUP monopolaire.
- FdR : saignement per-opératoire abondant, durée opératoire > 60 min.
- Symptômes (sous rachianesthésie) : troubles visuels, céphalées, hypotension, bradycardie, douleur thoracique.
- Surcharge volémique avec hyponatrémie de dilution.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Hyponatrémie modérée > 120 : restriction hydrique + diurétique.
- Hyponatrémie sévère < 120 : NaCl hypertonique IVL (risque de myélinolyse centropontine).</td></tr>
<tr><td colspan="4">➝ Ne diminue pas le risque de cancer prostatique (développé à partir de la zone périphérique).</td></tr>
<tr><td>TTT palliatif</td><td colspan="4">= En cas d’échec du traitement médical et de contre-indication opératoire :
- Auto-sondages intermittents.
-Sonde vésicale.
-Cathéter sus-pubien à demeure.</td></tr>
<tr><td>SURVEILLANCE</td><td colspan="5">- Rythme :
. Traitement médical : fréquence rapprochée.
. Traitement chirurgical : à 6 semaines, 3 mois puis 1/an.
- Efficacité : score IPSS, débitmétrie et mesure du résidu post-mictionnel.
- Dépistage du cancer de la prostate de 50 à 75 ans.

Nécessité d’un avis spécialisé selon AFU :
- SBAU a priori non liés à une HBP : urgenturies isolées, nycturie isolée, IU, contexte particulier (maladie neurologique, sténose de l’urètre connue…)
- Anomalie de l’examen clinique : globe palpable, nodule ou induration au TR, phimosis serré.
- ECBU anormal : bactériurie, leucocyturie, hématurie.
- Traitement médical inefficace.
- Augmentation du PSA chez patients traités par I5AR.
- Obstruction sévère ou survenue d’une complication.</td></tr>
</table>